

Können wir uns die demografische Alterung leisten? Altersrationierung und Generationengerechtigkeit am Beispiel des Krankenhauspatienten

Brockmann, Hilke

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Brockmann, H. (2006). Können wir uns die demografische Alterung leisten? Altersrationierung und Generationengerechtigkeit am Beispiel des Krankenhauspatienten. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 1003-1021). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-144822>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Können wir uns die demografische Alterung leisten? Altersrationierung und Generationengerechtigkeit am Beispiel des Krankenhauspatienten

Hilke Brockmann

1. Einleitung

Das Rationierungsthema im Gesundheitswesen ist ebenso wenig neu wie die Erkenntnis, dass fortgeschrittene Gesellschaften wie Deutschland mit starkem Tempo altern. An Aktualität und politischer Brisanz gewinnen die Themen, wenn sie miteinander verquickt werden. Als erstmals zwei prominente Wissenschaftler im deutschen Fernsehen eine Rationierung von kostenintensiven Therapien für 75-Jährige und Ältere für die Zukunft forderten (Report Mainz 2003), ging ein jäher Aufschrei durch alle gesellschaftlichen Gruppen. Ärztevertreter, die Kirchen, aber auch Vertreter praktisch aller politischer Parteien machten Front gegen eine Altersrationierung im Gesundheitssystem. Dennoch bleibt die Frage: Können wir uns die demografische Alterung ohne Rationierung leisten?

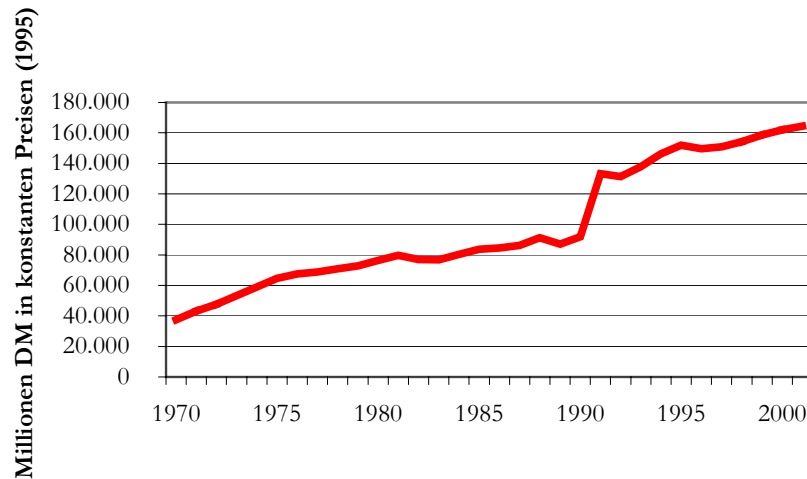


Abbildung 1: Die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit in Deutschland

(Quelle: OECD Health Data 2004)

Bei einer Fortschreibung der abgebildeten vergangenen Entwicklung sagen Friedrich Breyer und Volker Ulrich, ausgewiesene Gesundheitsökonom und Stellvertreter für viele andere gleichlautende Prognosen, für das Jahr 2040 in Deutschland einen Beitragssatz von 23 Prozent voraus (Breyer/Ulrich 2000a).

Der folgende Artikel sucht nach einer empirisch gesicherten Antwort zunächst auf der Ausgabenseite, weil diese im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion steht. Das Argument gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil folge ich den Befürwortern einer Altersrationierung, die ihre Position auf die Prognose zukünftiger Gesundheitsausgaben stützen. Ich möchte hier den üblichen ökonomischen und demografischen Vorhersagen eine soziologische Prognose gegenüberstellen. Vor dem Hintergrund dieser soziologischen Prognose werde ich dann in einem zweiten Schritt die Vor- und Nachteile einer Altersrationierung bei der Gesundheitsversorgung diskutieren. Dabei verweisen die Grenzen einer altersrationierten Ausgabensteuerung auf die Chancen einer Reform der Einnahmepolitik. In einem dritten und abschließenden Schritt werde ich deshalb die gesundheitspolitischen Reformen, die auf die Verbreiterung der Einnahmebasis zielen, im Hinblick auf eine generationengerechte Verteilung der Kosten und Nutzen diskutieren und beantworten, ob wir uns die demografische Alterung leisten können werden.

2. Zurück zu den Ursachen zukünftiger Gesundheitskosten

Worauf stützen sich diese ökonomischen Prognosen? In der gesundheitsökonomischen Literatur werden drei Faktoren identifiziert, die die zukünftigen Gesundheitskosten in die Höhe treiben:

- der Prozess der demografischen Alterung, der den Bedarf an medizinischer Behandlung kontinuierlich steigert;
- der medizinische Fortschritt, der medizinische Behandlungen immer teurer macht;
- und schließlich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft, gemessen an ihrem Bruttosozialprodukt.

Die ersten beiden Entwicklungen werde ich hier eingehender diskutieren, denn sie sind die Kostentreiber im Gesundheitssystem (Getzen 1992; Cutler/Sheiner 1998; Breyer/Ulrich 2000a, b; Blumenthal 2001; Freund/Smeeding 2002; Breyer/Felder 2004). Die Entwicklung der Wirtschaft, der dritte Faktor, bestimmt dagegen die Höhe der Einnahmen und funktioniert nach einer anderen Logik. Darauf möchte ich nur kurz eingehen. Zum einen ist das kein soziologisches Metier. Zum anderen operieren aber auch ökonomische Experten mit mehr oder weniger willkürlichen

Annahmen, wenn sie die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Landes über lange Zeiträume prognostizieren. Für entwickelte Volkswirtschaften rechnet man im Durchschnitt mit zwei Prozent Wachstum. Und ein Blick über die Landesgrenzen zeigt, dass auch europäische Wohlfahrtsstaaten durchaus dynamisch wachsen können (Genschel 2004: 631; Hemerijck/Schludi 2000). Vor diesem Hintergrund sollte man sich zumindest nicht darauf beschränken, die gegenwärtige deutsche Malaise in die Zukunft fortzuschreiben, sondern durchaus mit verschiedenen Wachstumsszenarien argumentieren. Unabhängig davon entwickeln sich aber die Kostentreiber.

2.1 Demografische Alterung

Die demografische Alterung ist gut vorherzusagen, denn wer in Zukunft alt sein wird, ist schon heute geboren. Ferner ist die demografische Alterung kein neues Phänomen. Seit Mitte des 18. Jahrhunderts werden europäische Gesellschaften immer älter, weil immer mehr Menschen älter werden und weil immer weniger Kinder geboren werden. Auslöser dieser Entwicklung war zunächst die abnehmende Säuglingssterblichkeit, die zu sinkenden Geburtenraten führte und in allen westeuropäischen Ländern einen ersten Alterungsschub auslöste (Chesnais 1990; Kirk 1996).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts beträgt in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt für Männer 40,6 Jahre und für Frauen 44 Jahre (Human Mortality Database). Heute liegt sie bei 75,6 Jahren für Männer und 81,3 Jahren für Frauen (Statistisches Bundesamt 2004). Rasanter noch als die Lebenserwartung bei Geburt, steigt die Lebenserwartung in höheren Altersgruppen. Seit den fünfziger Jahren altern alle fortgeschrittenen Gesellschaften, weil immer mehr alte Menschen immer älter werden.

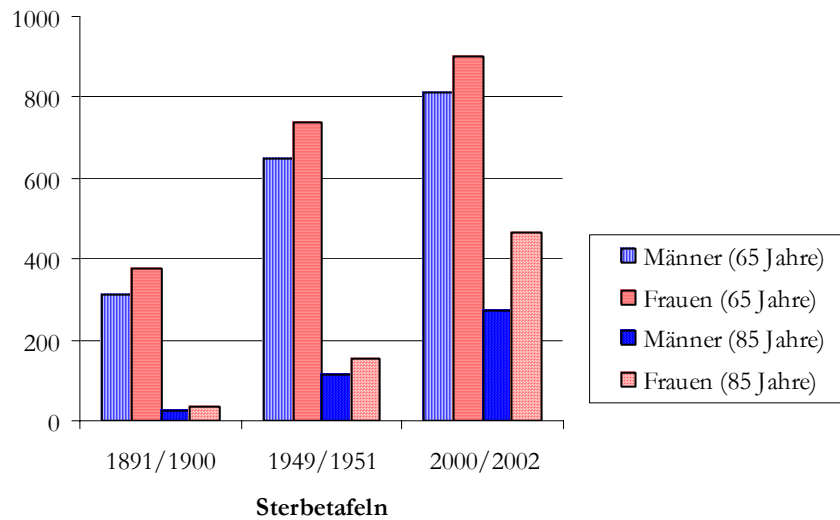


Abbildung 2: Demografische Alterung. Die Zahl der 65- und 85-jährigen Überlebenden von 1.000 Geburten

(Quelle: Human Mortality Database, MPIDR, Statistisches Bundesamt 2004)

Diese Dynamik, die nach Oeppen und Vaupel in den am schnellsten alternden Gesellschaften zu einem konstanten jährlichen Zugewinn von drei Monaten Lebenszeit seit 160 Jahren geführt hat, haben vor allem konventionelle deterministische Bevölkerungsprognosen unterschätzt (Oeppen/Vaupel 2002). Für Deutschland gibt es diese langen Zeitreihen nicht. Auch haben die beiden Weltkriege die Mortalitätsentwicklung nachhaltig negativ beeinflusst. Wir können aber zeigen, dass die westdeutsche Mortalitätsentwicklung ab 1970 sehr gut mit einem ökonometrischen Lee-Carter Modell vorhersagbar ist und das heißt 94 bis 95 Prozent (Brockmann/Gampe 2005).

Indem wir diese empirische Information und nicht arbiträr festgelegte Annahmen für eine Prognose nutzen, sagen wir eine raschere Alterung der deutschen Bevölkerung voraus als es die verschiedenen Szenarien der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes tun. Bei einer Vorhersage zukünftiger Gesundheitskosten sind wir damit auf der sicheren Seite. Zudem können wir die Wahrscheinlichkeit bestimmter Bevölkerungszahlen vorhersagen. Dabei konzentrieren wir uns auf die Entwicklung der 65-Jährigen und Älteren und blenden die sehr viel unsicheren Annahmen zur Fertilitäts- und Migrationsentwicklung aus.

Was bedeuten nun diese Bevölkerungsdaten für die Gesundheitsausgaben? Präzisiert, werden immer ältere Menschen auch immer kränker? Querschnittsdaten scheinen diesen Schluss nahe zu legen. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen steigt mit dem Alter an. Im Längsschnitt aber zeigt sich, dass Gesundheitsausgaben durch die Nähe zum Tod nicht durch das chronologische Alter bestimmt sind (Turnbull u.a. 1979; Schroeder u.a. 1981; Scitovsky 1988; Lubitz/Riley 1993; Zweifel u.a. 1999; Yang u.a. 2003). Das ist ein zentraler Unterschied für die Kostenprognose einer alternden Bevölkerung (Seshamani/Gray 2004; Breyer/Felder 2004).

In einer eigenen Studie (Brockmann 2002) habe ich Krankenhauskosten von über 400.000 AOK-Versicherten zum einen nach dem Alter, zum anderen danach aufgeschlüsselt, ob Patienten in dem Untersuchungszeitraum (1996–1997) verstarben. Herausgekommen ist dreierlei:

- Erstens, es besteht ein großer Kostenunterschied zwischen versterbenden und nicht-versterbenden Patienten.
- Zweitens, die Sterbekosten sind hoch, aber sie sinken kontinuierlich mit dem Alter der Patienten.
- Drittens, auch die Krankenhausbehandlungskosten von nicht versterbenden Patienten sinken mit dem Alter.

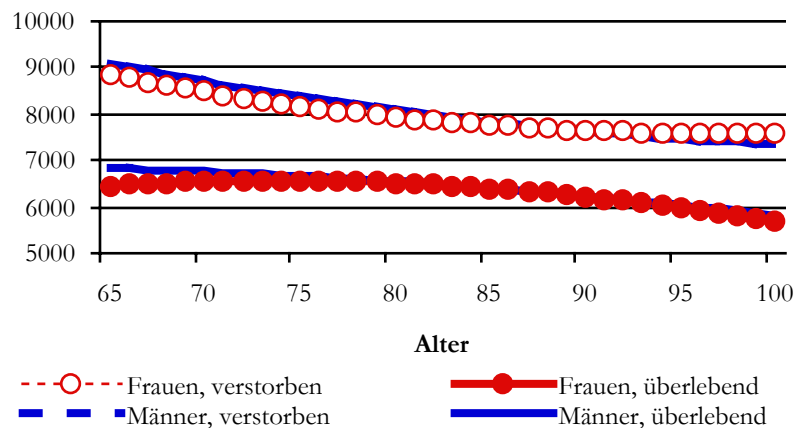


Abbildung 3: Ausgaben für eine jährliche Krankenhausbehandlung von AOK-Versicherten

(Quelle: eigene Berechnungen; AOK, Westfalen-Lippe)

Diese durch den Lebenslauf bestimmten empirisch belegten Kostenprofile sind der zweite empirisch gesicherte Bestandteil unserer soziologischen Kostenprognose.

Warum werden aber nur Krankenhauskosten berücksichtigt? Krankenhauskosten sind der zentrale Indikator für die zukünftige Kostenentwicklung im Gesundheitssystem, nicht nur weil sie in Deutschland ein Drittel der Gesamtkosten ausmachen, sondern vor allem weil sie am exaktesten den tatsächlichen Bedarf an medizinischen Leistungen abbilden. Das Krankenhaus als totale Institution gibt dem Patienten kaum einen Anreiz, unnötige Leistungen nachzufragen (*moral hazard*). Zudem dürften Ärzte im Krankenhaus sehr viel weniger angebotsinduzierte Nachfrage nach medizinischen Leistungen produzieren als bei der ambulanten Versorgung oder bei der Versorgung mit Arzneimitteln (Zweifel/Manning 2000; McGuire 2000). Auch sollten sich im Krankenhaussektor nicht Kosten widerspiegeln, die durch allgemeine soziale Veränderungen ausgelöst werden. Ich denke dabei besonders an den steigenden Bedarf von Pflegeleistungen, der nicht durch die zunehmende Fragilität der älteren Bevölkerung, sondern entscheidend durch die steigende Berufstätigkeit von Frauen, durch die wachsende Mobilität und Instabilität von Familien geweckt wird (Seeman/Berkman 1988; Henretta u.a. 1997; Spillman/Pezzini 2000). Und schließlich schlagen sich in den Krankenhauskosten die Ausgaben für den medizinischen Fortschritt, dem zweiten Kostentreiber zukünftiger Gesundheitsausgaben, am stärksten nieder.

2.2 Medizinischer Fortschritt

In der gesundheitsökonomischen Literatur herrscht breiter Konsens, dass der medizinische Fortschritt die Kosten im Gesundheitswesen nachhaltig erhöhen wird. Umso überraschender ist, dass eine einheitliche Definition des medizinischen Fortschritts fehlt. In der Regel unterstellen Gesundheitsökonominnen höhere Wachstumsraten als für die übrige Wirtschaft. Sie rechtfertigen diese Annahme mit dem hohen Anteil von Dienstleistungen im Gesundheitssektor, der nicht die gleichen Produktivitätsgewinne erzielen könne wie die übrige Wirtschaft (Technical Review Panel 2000).

Für eine soziologische Prognose ist diese Annahme, die so weitreichende Konsequenzen für die Kostenentwicklung hat, nicht haltbar. Denn sie unterstellt einen Automatismus von medizinischem Fortschritt und Preissteigerung, der sich völlig von den Interessen der Patienten und Finanziers des Gesundheitssystems löst. Warum aber sollte ein solches System in Zukunft mehrheitsfähig sein?

Zudem gibt es empirische Hinweise, dass technischer Fortschritt durchaus Kosten im Gesundheitssystem senken kann (Cutler u.a. 1998). Die Entwicklungszyklushypothese gibt dafür eine Erklärung (Pardes u.a. 1999). Neue Gesundheits-

technologie, also neue Therapien, sind in der Frühphase nicht besonders teuer, weil sie nicht an den Ursachen der Erkrankung ansetzen, die Erkrankung auch meist zu spät erkennen und nur noch palliativ behandeln können. In diesem Entwicklungsstadium befindet sich heute etwa die Behandlung von Bauchspeicheldrüsenkrebs (vgl. Abbildung 4).

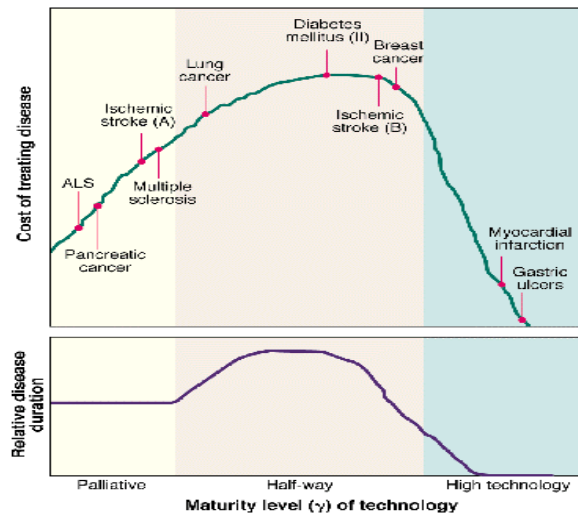


Abbildung 4: Der Lebensverlauf medizinischen Fortschritts

(Quelle: Paredes u.a. 1999)

Je mehr die Forschung über eine Krankheit, über ihre Symptome und Ursachen in Erfahrung bringt, desto kostenintensiver wird ihre Behandlung. Die Therapie ist in diesem »half-way-through«-Stadium zwar gut genug, um die Tödlichkeit der Krankheit zu senken oder doch zumindest hinauszuzögern. Aber sie ist noch nicht gut genug, um die Krankheit wirklich zu heilen. Ein gutes Beispiel für eine solche »half-way-through«-Technologie ist die Behandlung von Herzinfarkten. Hier finden heute Bypass-Operationen statt, es werden blutdrucksenkende und cholesterinsenkende Mittel permanent verschrieben und sehr gute Erfolge erzielt. Aber der Patient bleibt in mehr oder weniger permanenter Behandlung. Er kann nie als wirklich geheilt aus dem Gesundheitssystem entlassen werden.

Wirklich ausgereift sind medizinische Technologien erst dann, wenn sie die Ursachen einer Erkrankung behandeln und heilen. Viele Infektionskrankheiten sind heute dank einer ausgereiften Therapie heilbar und verursachen nur noch sehr geringe Kosten. Denken Sie an die Tuberkulose als Beispiel. »Der Zauberberg« war

eine sehr teure »half-way-through«-Technologie. Die heutigen Impfstoffe sind effektiver und viel billiger. Warum sollte eine ähnliche Entwicklung nicht beispielsweise auch im Bereich der Krebstherapie möglich sein? Zumindest ist es nicht wahrscheinlich, dass die Krebsbehandlung in den nächsten 40 oder 50 Jahren auf dem heutigen technologischen Niveau stagniert. Das unterstellen aber gesundheitsökonomische Prognosen implizit.

Und noch ein weiteres Beispiel soll zeigen, dass der medizinische Fortschritt auch Kosten produziert, die sich nicht zwingend in einer besseren (Volks-)Gesundheit niederschlagen und wo eventuell politisch andere Anreize gesetzt werden müssen. In den vergangenen Jahrzehnten sind etwa enorme Fortschritte bei bildgebenden Verfahren gemacht worden. Computertomographien, Positronen-Emissions-Tomographie etc. werden heute flächendeckend eingesetzt. Es entstehen Kosten, die keinen therapeutischen Nutzen erwirtschaften (Braun u.a. 1999: 42). Es lassen sich also erhebliche Einwände gegenüber der gesundheitsökonomischen Standardannahme vorbringen, dass sich der medizinische Fortschritt vor allem als Kostenfortschritt weiterentwickelt.

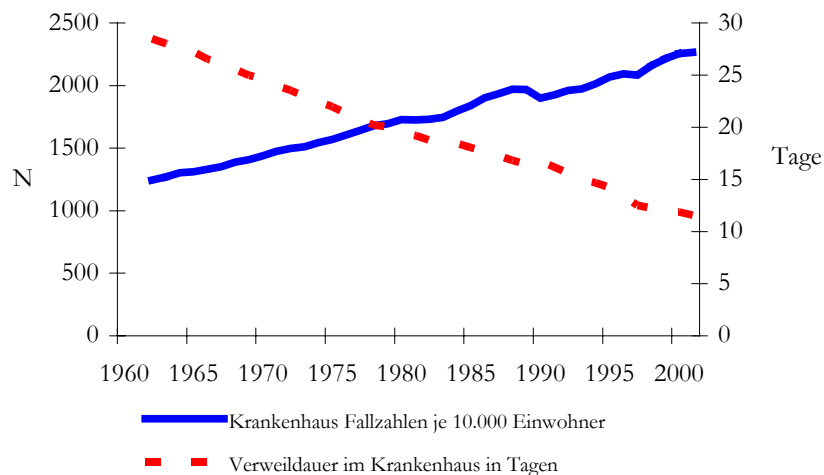


Abbildung 5: Medizinischer Fortschritt als Qualitätsfortschritt

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2004)

Was aber erwarten Patienten vom medizinischen Fortschritt? Oder was müsste eine soziologische Definition medizinischen Fortschritts beinhalten? Patienten messen die Qualität neuer Technologien mit zweierlei Maß. Zum einen ist es ihr Interesse,

möglichst rasch geheilt und wieder gesund zu werden. Zum anderen wollen sie gegen möglichst viele Krankheiten geheilt werden. Das erste Kriterium zielt auf die Effizienz, das zweite auf Effektivität medizinischen Fortschritts. Für beide Maßstäbe finden sich empirische Daten im Krankenhausbereich.

Die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus und die parallele Ausweitung des Behandlungsspektrums sind empirisch gesättigte und legitime Indikatoren von medizinischem Fortschritt. Beide, jeweils weiter aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und Krankheit, gehen deshalb in unsere soziologische Prognose zukünftiger Gesundheits- resp. Krankenhausaussgaben ein.

2.3 Eine soziologische Vorhersage zukünftiger Krankenhauskosten

Da Prognosen immer unsicher sind, besteht unsere Vorhersage auch aus drei stochastischen Komponenten, die diese Unsicherheit berücksichtigen: einer probabilistischen Schätzung der zukünftigen älteren Bevölkerung, einer probabilistischen Kostenkomponente, die die lebenslauftypischen Kostenverläufe abbildet und einem Qualitätsmaß für medizinischen Fortschritt, das die Schwankungen vergangener Entwicklungen mit einbezieht (Brockmann/Gampe 2005).

Schrittweise werden in den folgenden Szenarien der Einfluss des demografischen Alterns, zunächst als Bevölkerungswachstum der 65-Jährigen und Älteren, dann mit der Annahme, dass zukünftige Ältere länger leben, weil sie gesünder sind, und schließlich mit dem Einfluss medizinischen Fortschritts berechnet.

Jede dieser Prognosen zeigt einen kontinuierlichen Kostenanstieg für Männer und Frauen. In den ersten beiden Szenarien erreicht dieser relative Anstieg seinen Höhepunkt ungefähr 2040. Später, wenn die deutschen *Baby-Boomer* in die höchsten und kostengünstigeren Altersklassen vordringen und langsam aussterben, sinken die Kosten wieder. Im Jahr 2065 betragen die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen für ältere Männer und Frauen insgesamt nach der Prognose des ersten Szenariums 39 Milliarden Euro oder 157 Prozent der Ausgaben von 2000.

Geht man davon aus, dass in Zukunft ältere Menschen gesünder sein werden, dann sinken Krankenhausaussgaben über den gesamten Vorhersagezeitraum signifikant. Um auf der sicheren Seite zu sein, folgen wir nicht den Schätzungen Oeppen und Vaupels (2002), die für Länder mit der am schnellsten sinkenden Mortalität einen Zugewinn an Lebenszeit von drei Monaten pro Jahr ermittelt haben. Wir berechnen stattdessen einen Gewinn an Gesundheit von einem Monat pro Jahr, so dass ein 66-Jähriger in zehn Jahren über den Gesundheitszustand eines heute 65-Jährigen verfügen wird. Daraus resultiert, dass für Männer die Krankenhauskosten 2042, am Ausgabengipfel, um 21 Prozent niedriger und für Frauen um 22 Prozent geringer ausfallen werden als im ersten Szenarium.

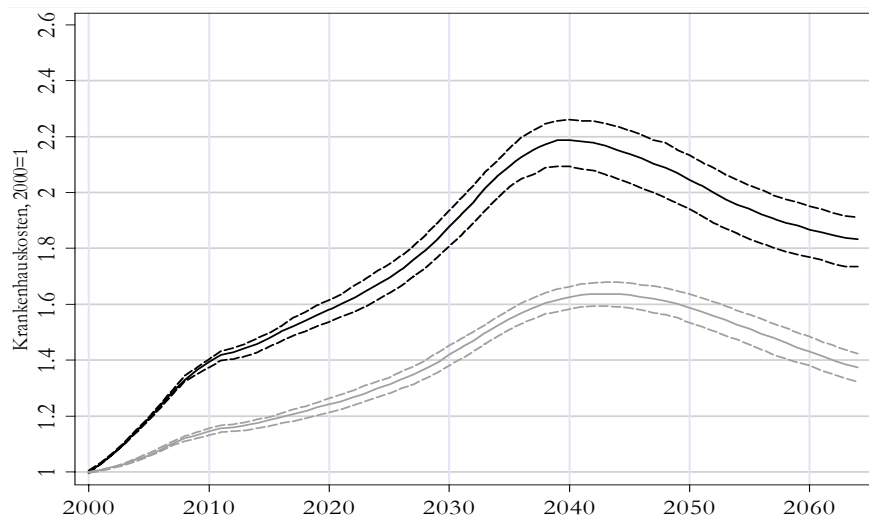


Abbildung 6a: Zukünftige Krankenhauskosten einer wachsenden älteren Bevölkerung

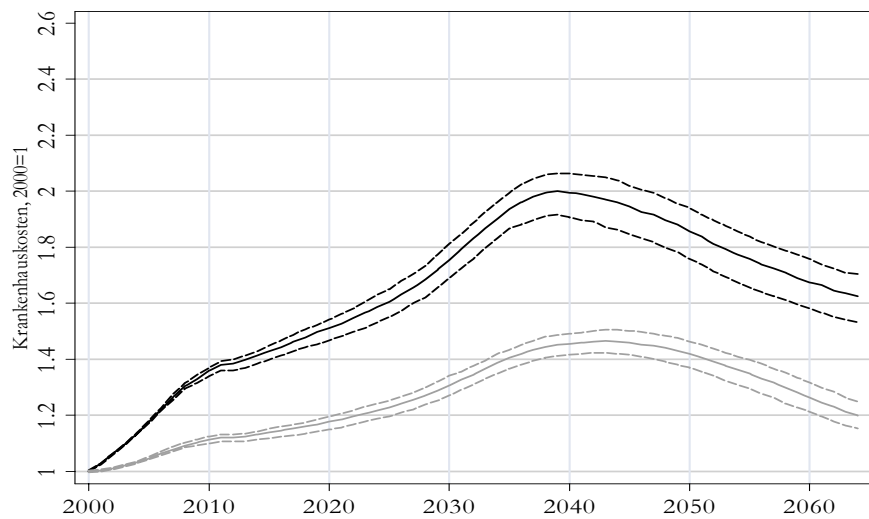


Abbildung 6b: Zukünftige Krankenhauskosten einer gesünderen, wachsenden älteren Bevölkerung

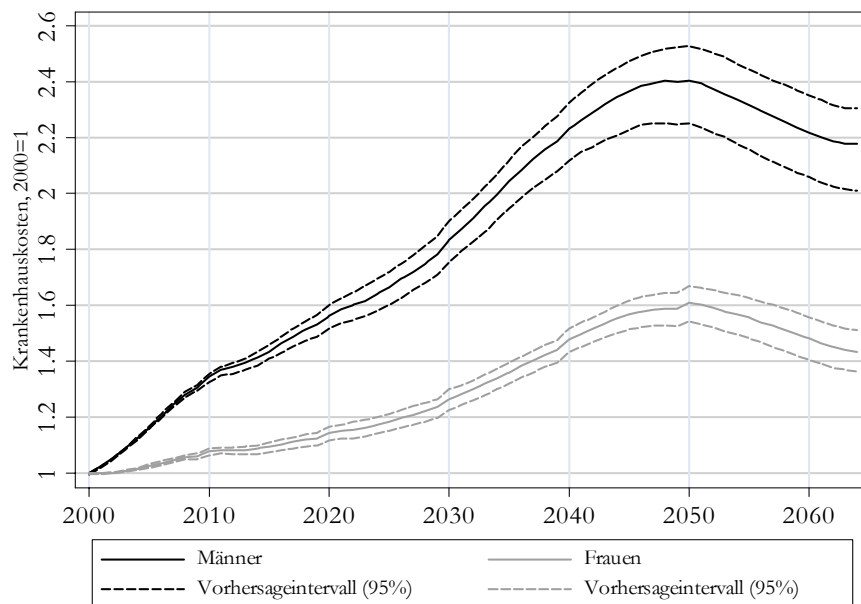


Abbildung 6c: Zukünftige Krankenhauskosten einer gesünderen, wachsenden Bevölkerung bei medizinischen Fortschritt

(Quelle: Brockmann/Gampe 2005)

Alle Szenarien weisen starke geschlechtsspezifische Unterschiede auf. In absoluten Zahlen sind die Ausgaben für Frauen (bis auf das dritte Szenarium und auch dort erst ab 2020) höher. Der relative Kostenanstieg zeigt aber, dass, gemessen am Ausgangsniveau, die Ausgaben für Männer stärker ansteigen.

Das gilt in besonderem Maße noch einmal für das dritte Szenarium, das den medizinischen Fortschritt mitberücksichtigt. Hier gipfeln die Krankenhauskosten erst zehn Jahre später als in den beiden vorangegangenen Prognosen. In 2050 betragen sie für Männer das Zweieinhalbfache dessen, was die gleiche Altersgruppe 2000 benötigt hat. Das sind 30 Prozent mehr Kosten als das erste Szenarium als Ausgabehöhepunkt in 2040 ausweist und 50 Prozent mehr als im zweiten Szenarium ausgewiesen werden.

Die Krankenhausaussgaben von Frauen werden weniger vom medizinischen Fortschritt beeinflusst. Sie steigen im Vergleich zum zweiten Szenarium, aber sie übersteigen nicht die Prognose des ersten Szenariums, das die wachsende ältere Bevölkerung allein berücksichtigt. Wir sagen für eine wachsende ältere weibliche Bevölkerung, die zunehmend gesünder wird und die uneingeschränkt am techni-

schen Fortschritt teilnimmt, einen Kostenanstieg bis 2050 von 160 Prozent gegenüber den Ausgaben in 2000 voraus.

Welche weiteren Kosteneinsparpotenziale der medizinische Fortschritt haben kann, illustriert noch einmal die folgende Abbildung. Hier wurden die Kosten verschiedener Erkrankungen von Männern wie Frauen in die Zukunft projiziert unter der ausschließlichen Annahme, dass sich allein die Verweildauern im Krankenhaus in Zukunft genauso verkürzen, wie sie es in der Vergangenheit getan haben. Technischer Fortschritt bedeutet für diesen Fall ausschließlich Effizienzfortschritt.

Um nicht missverstanden zu werden, wir halten diese Kostenentwicklung für sehr unwahrscheinlich. Denn medizinischer Fortschritt soll für die Patienten nicht nur raschere Behandlungserfolge erzielen, sondern auch Krankheiten heilen, die heute noch nicht heilbar sind. Aber die Grafik illustriert zumindest, dass medizinischer Fortschritt keine unveränderbaren, quasi naturgegebenen Kosten verursacht. Die Kosten medizinischen Fortschritts ergeben sich aus den gesundheitspolitischen Zielvorgaben, der Steuerung oder der Nicht-Steuerung von technischer Entwicklung.

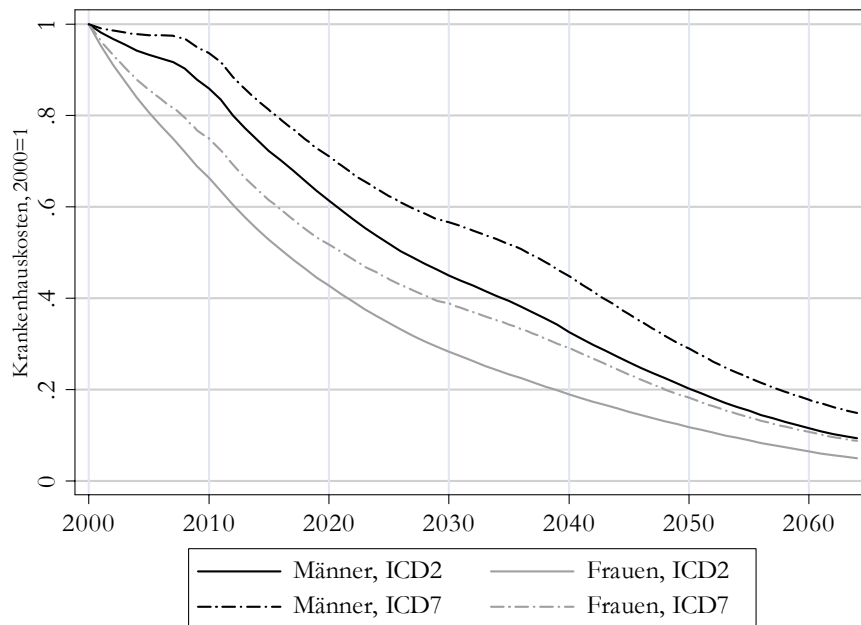


Abbildung 7: Zukünftige Krankenhauskosten bei sich verkürzenden Verweildauern

(Quelle: Brockmann/Gampe 2005)

Noch einmal zusammengefasst: Unsere soziologischen Szenarien zeigen dreierlei. Zum einen führen die steigenden Bevölkerungszahlen zu einem Anstieg der Kosten. Zum anderen macht sich Gesundheitsprävention bezahlt. Und schließlich ist der Effekt technischen Fortschritts auf die Kostenentwicklung im Krankenhaus offen und bedarf der politischen und öffentlichen Steuerung.

Damit ist aber noch nicht geklärt, ob wir uns überhaupt einen Kostenanstieg dieser Größenordnung leisten können. Hier sind viele Unbekannte im Spiel: das schwer zu prognostizierende Fertilitätsverhalten, die politisch zu entscheidende Zuwanderung und das kaum vorhersehbare Wirtschaftswachstum. Ökonomen führen deshalb *ceteris paribus* Annahmen ein. Ich blende diese Annahmen zunächst noch einmal aus und unterstelle stattdessen, die Kosten im Gesundheitswesen wären volkswirtschaftlich nicht zu tragen, wäre dann die Altersrationierung, also die Zuweisung bzw. Versagung von medizinischen Leistungen aufgrund des Alters ein probates und das heißt auch gerechtes Mittel, um die Kosten nachhaltig zu senken?

3. Pro und contra Altersrationierung

Konkreter, wäre die von Breyer und anderen (Breyer/Schultheiss 2003a, b) vorgeschlagene explizite Altersrationierung ab dem 75. Lebensjahr tatsächlich eine Lösung, um die steigenden Kosten im Gesundheitssystem einzudämmen? Beginnen wir mit den Argumenten, die für die Altersrationierung als Mittel zu Drosselung der Gesundheitsausgaben sprechen.

1. Zunächst würden bei einer Altersgrenze von 75 Jahren die hohen Ausgaben für das Sterben drastisch reduziert.
2. Auch wäre transparent und gerichtlich überprüfbar, wer welche Therapie beanspruchen kann. Heute – und auch ich fand in einer Studie dafür Belege – findet im Gesundheitssystem eine implizite Altersrationierung statt (Brockmann 2002). Es ist kaum tragbar, wenn allein der Arzt im Rahmen seiner Budgetrestriktionen entscheidet, welche Therapie ein Patient erhält.
3. Mit einer privaten Zusatzversicherung können bestehende Versorgungslücken nach individuellen Präferenzen geschlossen werden.
4. Und schließlich ist eine Rationierung nach dem Alter gerecht, zum einen weil – gerade auch im Zuge der demografischen Alterung – immer mehr Menschen alle Altersstufen durchlaufen und so keine Diskriminierung gegenüber bestimmten Personengruppen stattfindet. Zum anderen könnten die eingesparten Mittel sehr viel effizienter und effektiver für die Prävention eingesetzt werden, was wiederum erneute Einsparpotenziale erschlosse.

Diese positiven Aspekte einer Altersrationierung wiegen aber nicht ihre negativen Folgen auf. Welche empirischen Realitäten sprechen gegen eine explizite Altersrationierung von Gesundheitsleistungen?

1. Mit der Altersrationierung wird der ältere Patient für die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem verantwortlich gemacht. Dabei wird er in Zukunft nicht mehr, sondern weniger Kosten verursachen. Denn mit steigendem Alter sinken die Behandlungs- und Sterbekosten (Lubitz u.a. 1995; Zweifel u.a. 1999; Brockmann 2002).
2. Mit der Altersrationierung wird das Sterben privatisiert. Aber wer kann sich leisten, rechtzeitig vorzusorgen? Und wer sorgt rechtzeitig vor? Ist eine solche private Versicherung dann überhaupt bezahlbar, wenn sie die Sterbekosten abdecken soll? Und wenn man nicht rechtzeitig vorgesorgt hat, wer entscheidet sich im Alter für eine teure Therapie, wenn sie sein ganzes Vermögen und das Erbe der Familie kostet? Wer entscheidet sich auch angesichts der Familienangehörigen so? Die gesundheitsökonomische Unterstellung eines rationalen, vorausschauend entscheidenden und in seinen Präferenzen unbeirrbaren Homo oeconomicus und Einzelgängers greift bei diesem Problem viel zu kurz. Empirische Forschungen liefern zahllose Belege dafür, dass Akteure eine starke Präferenz für kurzfristige Ziele haben (Loewenstein/Elster 1992; Frederick u.a. 2002), und auch hier gibt es einen starken sozialen Bias. Je niedriger die soziale Schicht, desto kurzsichtiger die Entscheidung (Chapman 2003; Finke/Huston 2003).
3. Zudem stimuliert eine Altersgrenze, die den Zugang zu medizinischen Leistungen festlegt, eine nicht medizinisch induzierte Nachfrage. Es wird zum Bestreben von Versicherten, Ärzten und der Pharmaindustrie, noch möglichst frühzeitig, vor dem Erreichen der Altersgrenze, Leistungen nachzufragen, zu erbringen und anzubieten. Also wird der Bypass in jedem Fall mit 74 Jahren gelegt. Welche enormen finanziellen Belastungen durch eine angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitssystem entstehen, lassen sich nur erahnen (Brockmann u.a. 2005).
4. Ferner ist eine Altersgrenze von 75 Jahren für Frauen diskriminierend, weil sie auch in Zukunft im Durchschnitt 6 Jahre länger leben und deshalb ihre Versicherungsleistungen in erster Linie nach dem 75. Lebensjahr in Anspruch nehmen. Kann man sie systematisch zwingen, vor allem die Behandlungen von Männern zu finanzieren?
5. Eine Rationierung nach dem Alter treibt schließlich auch einen Keil zwischen die Generationen. Denn sie kann aus systematischen Gründen nicht gerecht sein, weil mit dem Alter immer auch kohortenspezifische und periodenspezifische Ungleichheiten konfundieren. Man stelle sich vor, ein zukünftiges wirksames Krebsheilmittel bliebe den 75-jährigen und älteren Krebskranken versagt, während 74-jährige noch damit behandelt würden! Was für eine Signalwirkung hätte eine solche Regelung für eine Gesellschaft, in der mehr und mehr Menschen älter werden?

4. Eine generationengerechte Verteilung von Kosten und Nutzen

Der zukünftige Ausgabenanstieg im Gesundheitssystem aufgrund der demografischen Alterung kann wohl kaum nachhaltig, in jedem Fall aber nicht generationengerecht eingedämmt werden. Nur eine Änderung der Einnahmepolitik schafft einen gerechteren Ausgleich zwischen den Generationen. Hier treffen wir uns mit der aktuellen gesundheitspolitischen Reformdebatte, in der darüber gestritten wird, ob die Einnahmebasis durch Bürgerversicherung oder Kopfpauschale sinnvoll verbreitert werden kann. Für das Problem der demografischen Alterung dürften diese Lösungen aber zu kurz greifen. Warum, klären hoffentlich die folgenden Ausführungen.

Generationengerechtigkeit zielt auf einen Vertrag über eine allgemein akzeptierte Verteilung von Kosten und Nutzen zwischen Vertragspartnern, von denen die eine Seite noch nicht lebt oder noch nicht vertragsfähig ist. Dieses Dilemma wird in ökonomischen *ceteris paribus* Annahmen schlicht ignoriert, dabei ist es für eine Prognose und Politikempfehlung konstitutiv.

Die Zukunft ist offen, beeinflusst von Alters-, Kohorten- und Periodeneffekten. Wir wissen nicht, wie groß zukünftige Jahrgänge sein werden (Kohorteneffekte), wir wissen nicht, wann Heilmittel erfunden werden und wann die Wirtschaft wieder boomt (Periodeneffekte). Deshalb können wir Generationen auch nicht als homogene Gruppen definieren, die alle ein und dasselbe Schicksal teilen, nämlich Altern. Von intergenerativer Gerechtigkeit wird man nur sprechen können, wenn Alters-, Kohorten- und Periodeneffekte systematisch in eine neue Einnahmepolitik eingebunden werden. Das klingt theoretischer als es de facto ist.

- Die wachsende Zahl älterer Menschen ist nur deshalb ein Problem für den deutschen Wohlfahrtsstaat, weil er systematisch nach dem chronologischen Alter ein- und ausgrenzt, weil er eine immer größer werdende Gesellschaftsgruppe zu Transferempfängern stempelt. Dabei wird der 65-Jährige der Zukunft nicht der gleiche sein wie der 65-Jährige heute. Der Vorschlag, noch weitere Altersregeln einzuführen, geht in die falsche Richtung. Nicht eine neue, starre chronologische Altersgrenze ist die Lösung, sondern deren Abschaffung. Stattdessen sollten die intergenerativen Transferzahlungen von medizinischen Leistungen sich dynamisch an der steigenden Lebenserwartung ausrichten. Die jüngeren Alten der Zukunft werden mehr für ihre Gesundheit bezahlen müssen. Alterseffekte verschwinden.
- Was ist, wenn sich viele Ältere diese Mehrkosten nicht leisten können? Altersarmut ist aktuell kein drängendes Problem, aber weiterhin sind bestimmte Gruppen überproportional davon betroffen (2. Armuts- und Reichtumsbericht 2005). Der deutsche Wohlfahrtsstaat hat ein langes, viel zu langes Gedächtnis. Durch

was ist zu rechtfertigen, dass die 1920er Kriegskohorten soviel ärmer und kränker sind als die westdeutschen 1930er Kohorten, die am stärksten vom wirtschaftlichen Wiederaufbau profitiert haben? Warum sollten sich berufstätige, kinderlose ältere Frauen eine sehr viel bessere Gesundheitsversorgung leisten als nichtberufstätige ältere Mütter? Ausgleich für soziale, chronische Schieflagen im Alter sollten auch durch Transfers innerhalb älterer Kohorten geschaffen werden. Denn Kohorteneffekte sind wesentlich durch das zeitlich nähere Umfeld bestimmt.

- Der dritte Aspekt einer gerechten Lösung zielt auf die generationenübergreifende Teilnahme am gesellschaftlichen Fortschritt. Unsere Prognosen haben gezeigt, dass medizinischer Fortschritt nicht per se die Ausgaben für Gesundheit in die Höhe treiben muss. Entscheidend ist, dass sich der technische Fortschritt an den Effizienz- und Effektivitätsinteressen der Patienten orientiert. Dafür muss die Gesundheitspolitik den gesetzlichen Rahmen und die entsprechende wirtschaftspolitische Anreizstruktur schaffen. Unter diesen Bedingungen bereitet der medizinische Fortschritt, der das Leid von Menschen heute lindert, den Boden für kommende Generationen. Die Gesundheitskosten für medizinischen Fortschritt sollten deshalb Generationen übergreifend getragen werden.

5. Fazit

An diesem Punkt komme ich zum Schluss und Ausblick. Ich denke, der deutsche Wohlfahrtsstaat krankt generell an seinen altersdiskriminierenden Regelungen. Sie machen eine immer größer werdende Gesellschaftsgruppe zu Transferempfängern, die von einer immer kleiner werdenden Gruppe von Arbeitnehmern zu finanzieren ist und nicht anders kann, als Kosten zu produzieren. Das sind hausgemachte Finanzierungsprobleme und weitere Altersgrenzen sind keine Lösung. Das Signal einer alternden Gesellschaft muss gerade sein, das Ältere nicht nur Rechte und Ansprüche, sondern auch Pflichten haben. Sie werden sich an steigenden Kosten im Gesundheitssystem beteiligen müssen, zumindest die Mehrzahl, die es sich auch leisten kann. Die demografische Alterung tritt keine Kostenlawine los, wenn sie als Ressource, auch als Einnahmeressource genutzt wird. Wenn die Reformen des Sozialstaats und des Gesundheitssystems in diese Richtung zielen und nicht nur das Gesundheitssystem, sondern auch den Arbeitsmarkt und das Bildungssystem mit einbeziehen, dann bin ich mir sicher, können wir uns die demografische Alterung sehr einfach leisten.

Literatur

- Blumenthal, David (2001), »Controlling Health Care Expenditures«, *The New England Journal of Medicine*, Jg. 344, H. 10, S. 766–769.
- Braun, Bernard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut (1999), *Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*, Frankfurt a.M.
- Breyer, Friedrich/Ulrich, Volker (2000a), »Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse«, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, Bd. 220, H. 1, S. 1–17.
- Breyer, Friedrich/Ulrich, Volker (2000b), »Demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben«, *DIW Wochenbericht*, H. 24, S. 1–8.
- Breyer, Friedrich/Schultheiss, Carlo (2003a), »Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen«, in: Wille, Eberhard (Hg.), *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen*, Baden-Baden, S. 169–193.
- Breyer, Friedrich/Schultheiss, Carlo (2003b), »Primary Rationing of Health Services in Aging Societies: A Narrative Analysis«, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Jg. 2, H. 4, S. 247–264.
- Breyer, Friedrich/Felder, Stefan (2004), *Life expectancy and health care expenditures in the 21st century. A new calculation for Germany using the costs of dying*, DIW Diskussionspapier, 452, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Brockmann, Hilke (2002), »Why Is Less Money Spent on Health Care for the Elderly than for the Rest of the Population? Hospital Care Rationing in German Hospitals«, *Social Science & Medicine*, Jg. 55, H. 4, S. 593–608.
- Brockmann, Hilke/Gampe, Jutta (2005), *The Cost of Population Aging. Forecasting Future Hospital Expenses in Germany*, MPIDR working paper 2005–2007, Max-Planck Institut für demografische Forschung, Rostock.
- Brockmann, Hilke/Müller, Rolf/Voges, Wolfgang (2005), *Der Anstieg psychischer Erkrankungen. Eine Folge der demografischen Alterung oder politischer Reformen?*, GSSS working paper, im Erscheinen.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005), *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, Berlin.
- Chapman, Gretchen B. (2003), »Time Discounting and Health Outcomes«, in: Loewenstein, George/Read, Daniel/Baumeister, Roy F. (Hg.), *Time and Decision: Economic and Psychological Perspectives on Intertemporal Choice*, New York, S. 395–417.
- Chesnais, Jean-Claude (1990), »Demographic Transition Patterns and their Impact on the Age Structure«, *Population and Development Review*, Jg. 16, H. 2, S. 327–336.
- Cutler, David M. u.a. (1998), »Are medical prices declining? Evidence from heart attack treatments«, *The Quarterly Journal of Economics*, Jg. 113, H. 4, S. 991–1024.
- Cutler, David M./Sheiner, Louise (1998), *Demographics and Medical Care Spending: Standard and Non-Standard Effects*, NBER Working Paper Series No. 6866, Cambridge.
- Finke, Michael S./Huston, Sandra J. (2003), »Factors Affecting the Probability of Choosing a Risky Diet«, *Journal of Family and Economic Issues*, Jg. 24, H. 3, S. 291–303.
- Frederick, Shane/Loewenstein, George/O'Donoghue, Ted (2002), »Time Discounting and Time Preference: A Critical Review«, *Journal of Economic Literature*, Jg. 40, H. 2, S. 351–401.
- Freund, Deborah/Smeeding, Timothy M. (2002), *The Future Costs of Health Care in Ageing Societies: Is the Glass Half Full or Half Empty?*, Syracuse, Ms.

- Genschel, Philipp (2004), »Globalization and the Welfare State: a Retrospective«, *Journal of European Public Policy*, Jg. 11, H. 4, S. 613–636.
- Getzen, Thomas E. (1992), »Population Aging and the Growth of Health Expenditures«, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Jg. 47, H. 3, S. 98–104.
- Hemerijck, Anton/Schludi, Martin (2000), »Sequences of Policy Failures and Effective Policy Responses«, in: Scharpf, Fritz W. /Schmidt, Vivien A. (Hg.), *Welfare and work in the open economy. From vulnerability to competitiveness*, Oxford, S. 125–228.
- Henretta, John C. u.a. (1997), »The Selection of Children to Provide Care: the Effect of Earlier Parental Transfers«, *The Journals of Gerontology*, 52B (Special Issue), S. 110–119.
- Human Mortality Database, <http://www.mortality.org> (19.9.2005).
- Kirk, Dudley (1996), »Demographic Transition Theory«, *Population Studies*, Jg. 50, H. 3, S. 361–387.
- Loewenstein, George/Elster, John (Hg.) (1992), *Choice over Time*, New York.
- Lubitz, James/Riley, Gerold F. (1993), »Trends in Medicare payments in the last year of life«, *The New England Journal of Medicine*, Jg. 328, H. 15, S. 1092–1096.
- Lubitz, James/Beebe, James/Baker, Colin (1995), »Longevity and Medicare Expenditures«, *The New England Journal of Medicine*, Jg. 332, H. 15, S. 999–1003.
- McGuire, Thomas G. (2000), »Physician agency«, in: Culyer, Anthony J./Newhouse, Joseph P. (Hg.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, S. 461–536.
- Oeppen, Jim/Vaupel, James W. (2002), »Broken Limits to Life Expectancy«, *Science*, Jg. 296, Nr. 5570, S. 1029–1031.
- Pardes, Herbert u.a. (1999), »Effects of Medical Research on Health Care and the Economy«, *Science*, Jg. 283, Nr. 5398, S. 36–37.
- Report Mainz (2003), *Presseinformation, Montag, 02.06.2003*, Südwestfunk, Mainz.
- Schroeder, Steven A./Showstack, Jonathan A./Schwartz, Judy (1981), »Survival of Adult High-Costs Patients«, *JAMA*, Jg. 245, H. 14, S. 1446–1449.
- Scitovsky, Anne A. (1988), »Medical Care in the Last Twelve Months of Life: The Relation between Age, Functional Status, and Medical Care Expenditures«, *The Milbank Quarterly*, Jg. 66, H. 4, S. 640–660.
- Seeman, Teresa E./Berkman, Lisa F. (1988), »Structural Characteristics of Social Networks and Their Relationship with Social Support in the Elderly: Who Provides Support«, *Social Sciences & Medicine*, Jg. 26, H. 7, S. 737–749.
- Seshamani, Meena/Gray, Alastair M. (2004), »A Longitudinal Study of the Effects of Age and Time to Death on Hospital Costs«, *Journal of Health Economics*, Jg. 23, H. 2, S. 217–235.
- Spillman, Brenda C./Pezzin, Liliana E. (2000), »Potential and Active Family Caregivers: Changing Networks and the »Sandwich Generation««, *The Milbank Quarterly*, Jg. 78, H. 3, S. 347–374.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2004), »Durchschnittliche weitere Lebenserwartung«, in: <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php> (23.3.2005).
- Technical Review Panel on the Medicare Trustees Reports (2000), *Review of Assumptions and Methods of the Medicare Trustees' Financial Projections*, Report, Baltimore, MD.
- Turnbull, Alan D. u.a. (1979), »The Inverse Relationship between Cost and Survival in the Critically Ill Cancer Patient«, *Critical Care Medicine*, Jg. 7, H. 1, S. 20–23.
- Yang, Zhou/Norton, Edward C./Stearns, Sally (2003), »Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More«, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Jg. 58B, H. 1, S. 2–10.

- Zweifel, Peter/Felder, Stefan/Meier, Markus (1999), »Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?«, *Health Economics*, Jg. 8, H. 6, S. 485–496.
- Zweifel, Peter/Manning, Willard G. (2000), »Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care«, in: Culyer, Anthony J./Newhouse, Joseph P. (Hg.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, S. 409–459.